POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty —— ROCZNIK ÓSMY —— 1906.

I. WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

Dr Ludwik Wecker.

W Paryżu umarł w dniu 24 stycznia b. r. na dawne cierpienie sercowe, jeden z najczynniejszych okulistow, najbieglejszych operatorów, najproduktywniejszych pisarzy okulistycznych. Ktokolwiek z kolegów dłużej czy krócej zatrzymywał się w Paryżu, nie pomijał sposobności, by zwiedzić przedewszystkiem klinikę Weckera na Cherche Midi, gdzie zawsze znalazł coś nowego i praktycznego w dziedzinie okulistyki.

Piszący te słowa, który prawie od 30 lat często na wiosnę przybywa na kongres oftalmologów francuskich, miewał sposobność podziwiać w tym turnieju naukowym Weckera żywy udział w dyskusyach prowadzonych z ludźmi tej miary, co Panas, Edw. Meyer, Landolt, Dufour, Javal i wielu innych, tu Wecker, jak i na międzynarodowych kongresach mimo akcentu zdradzająęego cudzoziemca, zawsze z werwą i zapałem bronił stanowiska nieco czasami skrajnego w pomysłach operacyjnych i leczniczych. A pewność siebie i biegła dialektyka jego zazwyczaj brała nad przeciwnikami górę.

Nie wielu z jego współczesnych kolegów mogło się poszczycić taką pomysłowością w metodach leczniczych i operacyjnych, jak niemniej w konstrukcyi narzędzi i przyrządów okulistycznych, jaką objawiał Wecker. Wiele bez wątpienia

z tego nie przejdzie do potomności i przez samego autora, szukającego ideału porzuconem zostało, ale też nie jedno z tej mnogości trwałą zachowa wartość. Że tylko wspomnę o jego sklerotomii w jaskrze, o przesunięciu torebki Tenona w niedomogach mięśniowych, o operacyi opadnięcia powieki i tylu innych pomysłach.

Urodzony w Frankfurcie nad Menem r. 1832. z rodziny senatorskiej, odbywał studya lekarskie w Wyrcburgu. a uzyskawszy stopień doktora, w roku następnym podjął podróż jako towarzysz hrabiego Strogonowa; powróciwszy z niej z pewnemi oszczędnościami do kraju, wybrał się do Paryża, który dla niego od początku miał wiele powabu. Został niebawem asystentem Desmarresa. Nie długo nim pozostał, wybierając się raz wtóry z hr. Strogonowem w podróż do Szwajcaryi, Austryi i południowych Niemiec; sprzykrzywszy sobie atoli zależne stanowisko, udaje się za granicę, by pod okiem Jaegera w Wiedniu, a później Graefego w Berlinie, oddać się studyom okulistycznym. Nieodłączne od nazwiska Weckera »de« nawet przez Niemców używane, zawdzięczał Wecker rządowi austryackiemu, który udzielił mu szlachectwa, gdy Wecker w r. 1866 po utracie samodzielności Frankfurtu przyjął przynależność austryacką. Przygotowany praktycznie i naukowo do wykonywania swej specyalności, powraca do Paryża, by tu, uzyskawszy paryski doktorat, pozostać aż do końca żywota, nie opuszczając go nawet podczas wojny w r. 1870. W tym to roku przeniósł klinikę nabytą od dr. Devala na rue Visconti do nowej siedziby przy ulicy Cherche-Midi.

W roku 1863 napisał *Traité des maladies des yeux*, które to dzieło było podwaliną jego późniejszej sławy i zyskało mu krzyż kawalerski legii honorowej, której stopień oficerski otrzymał w roku 1884. Z innych dzieł większych wymienić wypada *Therapeutique oculaire* i *la Chirurgie oculaire* wydane w r. 1878 i 1879; ale dowód iście mrówczej pracy złożył w wielkim dziele zbiorowem, wydanem z Landoltem pod tytułem *Traité complet d'ophtalmologie*, ukończonem w roku 1889. Jego wspólnie z Jaegerem wydane w roku 1870 *Traité des maladies du fond de l'oeil* przed pojawieniem się przepięknego atlasu wziernikowego Oellera było niedoścignione pod względem wykonania rysunków wziernikowych. Liczba artykułów ogłaszanych przez Weckera w najrozmaitszych czasopismach i językach, jest olbrzymia.

Biegły praktyk, niezrównany operator, był znakomitym

profesorem »in partibus infidelium«, tak jak jego współpracownik Landolt. Bez katedry ściągał wielką ilość uczni, którzy wdzięczną zachowywali mu pamięć i sławę jego na wsze świata strony roznosili. Operując wiele, nie zaznaczył jednak *orbi et urbi* chwili, w której X-tysięczną wykonał operacyę zaćmy, jak się to innym operatorom czynić podoba. Osobiście przyjaznemi z Weckerem złączeni stosunkami często mieliśmy sposobność z nim się stykać, a zawsze wynosiliśmy wrażenie, że stosunek jego do uczni i do kolegów był jaknajlepszym.

I on schodząc z tego świata w 74 roku życia mógł sobie powiedzieć *non omnis moriar*. *Bol. Wicherkiewicz.*

II. PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału ocznego Prof. Dra Macheka w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Nieżyt spojówki Parinauda i jego znaczenie dla histiogenezy komórek plazmatycznych.

Podał
Dr WIKTOR REIS,
(sekundaryusz oddziału).

W czerwcu b. r. opisałem w »Przeglądzie lekarskim« *) przypadek nieżytu spojówki Parinauda oraz omówiłem obszerniej jego objawy kliniczne i rozpoznanie różniczkowe. Wówczas już wspomniałem, że pod względem histologicznym wyrośle spojówkowe wykazują utkanie jednolite, zbliżone swem wejrzeniem do nacieku drobnokomórkowego i że główną składową częścią tego nacieku są komórki plazmatyczne.

Zapowiedziane były dalsze badania histologiczne według swoistych metod.

*) Reis: O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: conjunctivitis Parinaudi. »Przegl. lek.« Nr. 23 i 24. 1905. (Refer. w »Postępie okulist.« Lipiec, 1905, str. 262.

W ogólnej literaturze anatomiczno-patologicznej zwracają od lat kilkunastu szczególniejszą uwagę na wspomniane komórki plazmatyczne.

W r. 1875 nadał Waldeyer tę nazwę komórkom łączno-tkankowym o obfitej protoplazmie, lecz dopiero Unna wyodrębnił je na podstawie swoistej metody barwienia protoplazmy jako twory patologiczne pochodzenia łączno-tkankowego, które spotykał pierwotnie w sprawach chorobowych skóry, a następnie w każdej tkance ziarninowej.

Wkrótce jednak potem przekonano się, że komórki plazmatyczne napotkać można we wszystkich procesach zapalnych i że każdy »naciek drobno-komórkowy« po barwieniu protoplazmatycznem metodą Unny składa się właśnie z komórek o większym rąbku protoplazmy.

Marschalko określił bliżej komórki plazmatyczne pod względem morfologicznym, uważając za komórki plazmatyczne takie komórki nacieku drobno-komórkowego, »których protoplazma silnie się barwi błękitem metylenowym, na obwodzie silniej jest zbitą i w środku komórki przedstawia pole jaśniejsze. Jądro okrągłe położone jest prawie bez wyjątku odśrodkowo, posiada znamienne rusztowanie nitek chromatynowych, z 5 lub 8 ziarnkami ułożonemi na obwodzie i jednem, rzadziej dwóch jąderkach. (Radkern, jądro sprychowe).

Określenie Marschalki powszechnie przyjęto i rozpoczęto dalsze poszukiwania nad pochodzeniem tych komórek plazmatycznych. Na podstawie swych spostrzeżeń doszedł Unna do wniosku, że komórki owe są wynikiem nadmiernego rozrostu elementów łączno-tkankowych w następstwie zadraźnienia, że są to młode twory ziarninowe, które stworzyły zapalny nowotwór. Nowotwór ten możnaby określić mianem »plasmoma«.

Ta łączno-tkankowa teorya pochodzenia komórek plazmatycznych znalazła wybitnego przeciwnika w osobie Marschalki, który opierając się na wynikach swych doświadczeń utrzymuje, że komórki plazmatyczne są pochodnemi limfocytów, wywędrowanych jednojądrzastych ciałek krwi i że znaleść

je można jako twory prawidłowe w śledzionie i gruczołach chłonnych.

Teorya głosząca pochodzenie komórek plazmatycznych z krwi nie pozostała jednak zwycięską. Pappenheim zastosował sposoby badania krwi do badania komórek plazmatycznych, udoskonalił pierwotną metodę barwienia Unny i użył do swych badań najróżnorodniejszego materyału, jak np. prawidłowe i chorobowo zmienione gruczoły limfatyczne, tkanka ziarninowa, liszaj źrący, drugo i trzeciorzędna kiła, gruźlica skóry, wrzód miękki i t. p. Na podstawie tak bogatego materyału mógł Pappenheim stwierdzić brak danych, któreby zupełnie pewnie przemawiały za pochodzeniem tych komórek z krwi; nawet ułożenie komórek plazmatycznych względem naczyń, podane jako charakterystyczne dla pochodzenia komórek z krwi według Marschalki, można prędzej w ten sposób wytłómaczyć, że dojrzałe komórki znajdują się na granicy tkanki zdrowej a komórki mniejsze, w sąsiedztwie naczyń się znajdujące należy uważać za komórki pochodne komórek plazmatycznych lub też uległe zmianom wstecznym, by w następstwie przejść mogły do naczyń w charakterze limfocytów. Stosunek więc wprost odwrotny do zapatrywań Marschalki. Szereg następnych badaczy (Schlesinger, Almkvist i Joannovics, Pappenheim, Ehrlich) skłania się bądź to do jednej, bądź to do drugiej teoryi, a niektórzy znowu, jak Marchand (wedł. Enderlena), zajmują stanowisko pośrednie, będąc za częściowem pochodzeniem komórek plazmatycznych z krwi i tkanki łącznej lub śródbłonków naczyń.

Podczas, gdy pochodzenie komórek plazmatycznych jest przedmiotem żywych sporów, to nie wiele różnią się od siebie wiadomości o rozwoju i dalszych losach tychże. Istnienie dwóch głównych typów komórek plazmatycznych, Unny i Marszalki, mało różniących się między sobą co do zasadniczej budowy, zależnem jest od istoty tkanki, w ktorej komórki te powstają. Komórki Marschalki napotykamy przeważnie w tkankach wiotkich, jak błony śluzowe. Rozkład komórek plazmatycznych

w tkance ma być znamienny dla każdego z poszczególnych procesów chorobowych.

W dalszem swem istnieniu ulegają komórki plazmatyczne zmianom postępowym lub wstecznym. Według Pappenheima zachowują bowiem komórki plazmatyczne tylko przejściowo swą postać okrągłą i mają dążność do przejścia w postać pierwotną komórki łączno-tkankowej lub też ulegają zmianom wstecznym dokładnie opisanym przez Krompechera.

W krótkim tym historycznym zarysie pominąłem jedną z teoryi, która mogłaby pośredniczyć między obiema skrajnemi doktrynami poprzedniemi, teoryą emigracyjną i granulacyjną. Jest nią hipoteza Ribberta *(Lymphom-theorie)*, która powstanie drobnych komórek nacieku przypisuje bujaniu pierwotnych grudek limfatycznych. Pominąłem ją z rozmysłu, gdyż teorya Ribberta zajmuje wyjątkowe stanowisko w okulistyce, mimo że rozmaite motywa przemawiają przeciw jej uogólnieniu w patologii (Schlesinger, Pappenheim). Ma ona bowiem służyć do rozstrzygnięcia sporu dualistów i unitarystów, którzy są zdania wręcz przeciwnego o właściwej istocie chorobowej jaglicy i nieżytu mieszkowego spojówki. Istnienie pierwotnych grudek chłonnych, w prawidłowej spojówce, uchronionej od działania rozmaitych bodźców, nie daje się stwierdzić z całą pewnością, dlatego też uważają unitaryści powstanie mieszka za proces patologiczny, którego rozmaity tylko stopień nasilenia wywołuje obrazy chorobowe jaglicy i nieżytu mieszkowego. Słuszniejszem jednak jest przypuszczenie, że »jaglica i nieżyt mieszkowy spojówki są co do etiologii i klinicznego przebiegu tak samo rozmaitymi procesami chorobowymi, jak gruźlica i kiła, chociaż należą do tego samego działu ziarniaków zakaźnych. Dualizm etiologii nie pociąga za sobą dualizmu anatomii patologicznej« (Pappenheim).

Hipoteza Ribberta powinna więc pozostać bez wpływu na rozstrzygnięcie tego pytania, zwłaszcza, że w badaniach Herberta poznajemy nowe dane o tkance gruczołowatej spojówki.

Badając spojówki prawidłowe i jagliczą sprawą zajęte

znalazł Herbert, że ludzka spojówka bezpośrednio po urodzeniu nie posiada tkanki gruczołowatej, tylko tu i owdzie spotkać można małe grupy drobnych komórek, które mogłyby uchodzić za początki grudek limfatycznych. Począwszy od 3-go miesiąca zawiera spojówka ludzka już zupełnie dobrze rozwiniętą tkankę gruczołowatą. Zużytkowanie tego materyału porównawczego, pochodzącego z rozmaitych okresów wykazuje dobitnie po zastosowaniu protoplazmatycznego barwienia metodą Unny pochodzenie tkanki gruczołowatej z zwykłej tkanki łącznej oraz liczne formy przejściowe do komórek plazmatycznych. Tkanka gruczołowata może przy przewlekłem zapaleniu przejść w tkankę ziarninową*).

Dalsze wywody Herberta dotyczą budowy mieszka jagliczego, który według niego stanowi typ przewlekłego zapalenia. Można w nim zawsze stwierdzić komórki plazmatyczne w rozmaitych okresach rozwoju**).

Badania Herberta, który na podstawie danych z procesów chorobowych w okulistyce (materyał jagliczy) usiłuje rozstrzygnąć pytanie o komórkach plazmatycznych, są dotychczas

*) .... A demonstration of the transition from ordinary connective tissue to normal adenoid tissue, and from this onward to granulation or chronic inflammatory tissue... It is important to recognise at the outset that these small cells are essentielly young plasma cells, the „daughter plasma cells“ of Unna, derivatives of fixed connective tissue cells. Careful staining brings out, in all but the very smallest of them the characteristic nuclei, and the larger ones have dark rings of protoplasm; and the are transition cells between them and the large typical plasma cells distributed through the membrane and also between them and fixed connective tissue cells... (Herbert).

**) .... A trachoma follicle consisting almost entirely of young cells, the product of connective tissue cells, is one of the purest examples of chronic inflammatory tissue... It may be said, that the adenoid tissue of lymphatic glands and mucous membranes, exposed to more or less constant irritation from micro-organisms and their products, shows the constant presence and very ready proliferation of the plasma cell in all its stages and changes, which is found in the more protected connective tissues, only under a much more definite inflamatory stimulus. . (Herbert).

jedyne w literaturze, a pominięcie ich w literaturze okulistycznej, można tylko wytłómaczyć tytułem rozprawy, który zapowiada pracę wchodzącą w zakres patologii ogólnej.

Conjunctivitis infectiosa Parinaudi, opisana po raz pierwszy przez Parinauda prawie w tym samym czasie (1889) co komórki plazmatyczne Unny, stanowi w specyalności okulistycznej odpowiedniejszy materyał do badań, który zużytkować można dla pytania o komórkach plazmatycznych i do rozstrzygnięcia zagadnień ogólnej patologii.

W kilku słowach przypomnę tylko główne rysy znamienne tej postaci chorobowej.

Cechę charakterystyczną stanowi wystąpienie ziarnistości i wyrośli na spojówkach powiekowych przy współczesnem zajęciu gruczołów chłonnych szyjnych i przyusznych. Z obrazu klinicznego zaznaczyć jeszcze należy fakt, że rogówka nie bierze udziału w procesie chorobowym, mimo dłuższego nawet trwania choroby i że we wszystkich przypadkach osiągnięto wyleczenie bez pozostałych blizn na spojówkach.

Dane te posłużą nam później do wytłómaczenia obrazu histologicznego zmian chorobowych.

Badanie mikroskopowe.

Wyrośle usunięte zabiegiem operacyjnym i utrwalane według metody Unny-Pappenheima w wyskoku bezwodnym przez 48 godzin, zatopiono w celoidynie i przechowano do dalszego użytku w słabym wyskoku przy zastosowaniu wymaganych środków ostrożności.

Kilka preparatów zabarwiono zwykłą hematoxyliną, a obraz mikroskopowy przedstawiał się, jak następuje:

Na przekroju widać dwie brodawkowate wyrośle, oddzielone od siebie rąbkiem przybłonkowym, dążącym dość głęboko do wnętrza wyrośli. Przybłonek na powierzchni wyrośli prawie wszędzie utrzymany, posiada w kilku miejscach płaskie komórki przybłonkowe, wśród których stwierdzamy tylko skąpe nacieczenie drobno-komórkowe. Komórek kubkowych nie znaleziono w przybłonku; brak także zagłębień stałych lub gru-

czołowatych przybłonka znamiennych dla procesu jagliczego. Główną część składową wyrośli tworzy nacieczenie drobno-komórkowe, rozprzestrzeniające się w głąb aż do łączno-tkankowych warstw spojówki. Naciek ten jest wszędzie jednostajnie rozmieszczony, nigdzie nie widać skupień komórek, któreby tworzyć mogły obrazy podobne do grudek limfatycznych. W warstwach głębszych jest naciek ten pasmowato ułożony przez ugrupowanie komórek wzdłuż przebiegu naczyń; w warstwach zaś bardziej powierzchownych jest cały naciek nadzwyczaj zbity.

Naczynia znajdujące się w większej ilości w głębszych warstwach są rozszerzone, najczęściej bez zawartości i otoczone osobnym pierścieniem drobno-komórkowym. Pod przybłonkiem naczyń znacznie mniej i o mniejszej średnicy.

Oglądając preparaty barwione hematoxyliną pod silniejszem powiększeniem spostrzedz można, że owe »komórki okrągłe« nacieku otoczone są większą ilością protoplazmy, słabo barwiącej się w porównaniu z ciemno zabarwionem jądrem. Właściwą jednak istotę tych komórek poznajemy po zastosowaniu metody barwienia według Unny-Pappenheima *(Carbol + Methylgrün + Pyronin)*, którą wzmocniono jeszcze poprzedniem zastosowaniem wielobarwliwego błękitu metylenowego dla dokładniejszego zróżniczkowania zanikłych komórek plazmatycznych. W ten sposób barwione preparaty przedstawiają już na pierwszy rzut oka obraz charakterystyczny.

»Nacieczenie drobno-komórkowe«, na które nie zwróconoby wcale uwagi przy zwykłem barwieniu jądrowem, złożonem jest obecnie z osobliwych komórek. Są to komórki rozmaitego kształtu, okrągłe, owalne lub wielokątne, większe i mniejsze, jednak zawsze z protoplazmą wybitnie zaznaczoną. Protoplazma tych komórek jest na obwodzie silniej zagęszczoną, barwi się wybitnie czerwono, podczas gdy w środku komórki powstaje pole jaśniejsze. Ziarnistości protoplazmy nie można było stwierdzić. Jądro komórek leży odśrodkowo, posiada 6 lub 8 ziarenek chromatynowych, położonych na obwo-

dzie, z jednem jąderkiem w środku — wszystkie znamiona jądra sprychowego.

Znalezione więc komórki plazmatyczne odpowiadają w zupełności typowi Marschalki.

Zbliżając się do podstawy wyrośli, ku częściom łączno-tkankowym spojówki spotykamy komórki o cokolwiek odmiennym kształcie, są to wydłużone, taśmowate komórki, o charakterystycznem jądrze sprychowem, również wydłużonem a wśród nich zwykłe komórki łączno-tkankowe z pałeczkowatemi jądrami.

Chcąc zaznajomić się ze sposobem rozmieszczenia komórek plazmatycznych, musimy zwrócić uwagę na ułożenie tych komórek względem naczyń i zachowanie się ich na granicy uszkodzonej tkanki. Pojedyncza warstwa komórek śródbłonkowych stanowi ścianę przeważnej ilości naczyń; bezpośrednio zaś do niej przylegają dobrze rozwinięte i dorosłe komórki plazmatyczne. Na przekroju podłużnym przez jeden z kanałów limfatycznych można nawet spotkać tuż przy ścianie naczynia liczne komórki plazmatyczne o podwójnem jądrze.

Oprócz komórek plazmatycznych o rozmaitej postaci i wielkości nie napotyka się prawie żadnych innych komórek. W świetle naczyń znaleść można czasami leukocyty; istnienia zaś limfocytów stwierdzić nie można. Oprócz dorosłych komórek plazmatycznych spotykamy także komórki zanikowe w nieznacznej ilości.

Dalszy rozwój komórek plazmatycznych odbył się zapomocą dzielenia bezpośredniego, jak o tem świadczą liczne komórki plazmatyczne o dwóch jądrach, nagromadzone w sąsiedztwie naczyń. Kształt tych komórek jest przeważnie okrągły, jądra ich dotykają się na obwodzie lub też leżą na biegunach przeciwległych.

Oprócz komórek okrągłych stwierdzić można także komórki o kształcie cewkowym: na obu końcach cewki leżą typowe jądra sprychowe, protoplazma jest na obwodzie zagęszczoną a w środku znajduje się jasne pole kształtu owalnego.

Ognisk nekrotycznych nie znaleziono mimo skrzętnego poszukiwania.

Dla celów porównawczych zbadałem jeszcze drugi preparat, który przypadkiem dostał się w me posiadanie podczas studyów histologicznych nad nieżytem spojówki Parinauda. Pochodzi on z wyrośli spojówkowej u 15-letniej dziewczyny (Szal.. Parania z Wysocka, powiat Brody), którą dnia 23/IX 1905 przyjęto na oddział oczny szpitala powszechnego we Lwowie.

Chora cierpiała na zapalenie pryszczykowe spojówki z łuszczką i naciekami rogówkowymi oka prawego. Przy odwróceniu powieki górnej można było zauważyć w środku powieki, na granicy załamka, narośl w postaci guzika, usadowioną na cienkiej szypułce. Powierzchnia tego guzika była lekko wklęsłą w średnicy 5 mm. Pozatem można było stwierdzić na spojówce powieki górnej przerosłe brodawki, które się często spotyka przy długo trwających zapaleniach pryszczykowych. Wyrośl tę usunięto nożyczkami; w kilka dni potem nie było można rozeznać miejsca pierwotnego jej siedliska na spojówce.

Na przecięciu poprzecznem przez całą narośl widać cały twór dokoła otoczony przybłonkiem płaskim, silnie drobno-komórkowo nacięczonym. Powierzchnia tego guzka jest lekko karbowaną. Tuż pod przybłonkiem widzimy gęsto ułożone lecz rozlane drobno-komórkowe elementy. Bliżej ku podstawie naciek ten staje się rzadszym; występują natomiast liczne naczynia, wzdłuż których ciągną się ku powierzchni jaśniejsze pasy. W środku wyrośli przebiegają naczynia tak gęsto obok siebie, że przekroje ich poprzeczne nadają całemu naciekowi wygląd sita.

Jednostajny wygląd preparatu przy barwieniu hematoxyliną zmienia się jednakże skoro zastosujemy metodę barwienia Unny-Pappenheima. Widać wówczas wyraźnie dwie warstwy: część górną przeważnie niebiesko zabarwioną na słabo-różowym podkładzie i część podstawową, silnie czerwono się barwiącą z licznemi naczyniami. Oprócz komórek plazmatycznych

różnej wielkości i postaci, opisanych już w przypadku poprzedzającym, spotykamy tu bardzo liczne komórki o typowem jądrze sprychowem lecz bardzo wąskim pasku protoplazmy lub też same jądra, otoczone po zaniku plazmy tylko osłonką komórkową, czerwono zabarwioną.

Są to zanikowe komórki plazmatyczne a stwierdzić je można w większej ilości w najbliższem sąsiedztwie naczyń. Oprócz wielojądrzastych leukocytów w świetle naczyń, stwierdzić można w niektórych naczyniach twory o typowem jądrze Marschalki i słabo czerwono zabarwionym rąbku protoplazmy, które wykazują pewne podobieństwo ze wspomnianemi komórkami atroficznemi, znajdującemi się poza obrębem światła naczyń.

Na preparatach barwionych wielobarwliwym błękitem metylenowym spotyka się bliżej podstawy liczne komórki tuczne, wydłużone lub wielokątne, o podobnem jądrze jak komórki plazmatyczne i protoplaźmie ziarnistej, wiśniowo zabarwionej.

Oprócz tych składników »nacieku« stwierdza się jeszcze istnienie większych tworów wielokątnych, których jądro blado się barwi i posiada w środku kilka zbitych ziarenek chromatyny. Twory te podobne są do »komórek nabłonkowatych«, opisanych przez Juniusa, jako stały składnik przy jaglicy i nieżycie mieszkowym. Junius uważał je niewłaściwie za zwyrodniałe leukocyty, podczas gdy inni autorowie (Pick) uważają je za pochodne bądź stałych komórek łączno-tkankowych spojówki, bądź też śródbłonków naczyń. Komórki te znajdują się w przeważającej ilości w warstwie podprzybłonkowej; niektóre z tych komórek otoczone są dość szerokim rąbkiem protoplazmy i posiadają jądro z rozmieszczonemi w środku ziarenkami chromatynowemi.

Podobnie, jak w nieżycie spojówki Parinauda, znajdujemy i tutaj przeważnie rozmnażanie się komórek plazmatycznych zapomocą dzielenia bezpośredniego, rzadko tylko spotykamy komórki plazmatyczne z podziałem mitotycznym.

W kilku znów komórkach można było stwierdzić zwyrodnienie wodniczkowe protoplazmy *(vacuoläre Degeneration).*

W przypadkach nieżytu spojówki Parinauda wykonano dotychczas tylko nieliczne badania histologiczne.

Zaliczyć tu należy badania mikroskopowe Moraxa i Manöueliana, którzy zwracają uwagę na rozlany charakter nacieku i brak zmian chorobowych w przybłonku spojówkowym, co także Chaillous uważa za cechę różniczkową, odróżniającą tę sprawę chorobową od jaglicy. Rozlany charakter nacieku wyrośli spojówkowych potwierdzają również badania mikroskopowe dwóch dawniejszych przypadków, spostrzeganych przez Goldziehera, przyczem Goldzieher upatruje znowu moment różniczkowy w zwyrodnieniu śluzowem przybłonka w przeciwieństwie do bujania przybłonka przy jaglicy. Na podstawie wyniku badania histologicznego nie można zaliczyć do choroby Parinauda, wrzekomego jagliczego nieżytu spojówki. opisanego przez Greeffa, mimo że objawy kliniczne odpowiadałyby tej postaci chorobowej.

Przy badaniu histologicznem stwierdzono bowiem istnienie typowych grudek jagliczych, otoczonych nawet osłonką łączno-tkankową.

Dopiero Matys badał wycięte wyrośle spojówkowe metodą Unny i stwierdził komórki plazmatyczne jako główną część składową nacieku. (Barwienie wielobarwliwym błękitem metylenowym i następowe różniczkowanie w eterze glicerynowym). W tkance łącznej Matys nie znalazł żadnych zmian.

Najnowszą pracą w tym zakresie jest rozprawka Verhoeffa i Derby z kliniki chorób usznych i ocznych w Bostonie.

Wynik badania mikroskopowego streszczają autorowie w następujących słowach: »die Veränderungen bestehen wesentlich aus deutlicher Zellnekrose im subconjunctivalen Gewebe bei ausgedehnter Infiltration mit lymphoiden und phagocytären Zellen. Dazu kommt eine chronisch entzündliche Reaktion der tieferen Gewebe, die zum Process der Organisation und Production von neuem Bindegewebe führt...«

Charakter wyrośli zdaje się zupełnie zgadzać z typem

przez nas opisanym: podprzybłonkowa warstwa nacieku składa się z »limfocytów i komórek nabłonkowatych« i tylko nielicznych komórek plazmatycznych, podczas gdy głębsze warstwy nacieku składają się wyłącznie z komórek plazmatycznych. Obaj autorowie przypisują istnieniu ognisk nekrotycznych ważne znaczenie różniczkowe, szczególnie ogniska usadowione w warstwie powierzchownej mają odpowiadać nadżerkom, klinicznie już spostrzegać się dającym. W naszych przypadkach nie mogliśmy stwierdzić owych obumarłych ognisk, uważanych przez Verhoeffa i Derby za znamienne dla nieżytu Parinauda. Wspomniane przez autorów nadżerki nie stanowią również stałego klinicznego objawu przy nieżycie Parinauda: na 20 przypadków znaleziono je tylko 8 razy.

Matys również nie wspomina o istnieniu ognisk nekrotycznych — tak że przyjąć musimy owe obumarłe ogniska w przypadkach powyższych autorów za objaw czysto okolicznościowy, który nie może zatem stanowić momentu różniczkowego, odróżniającego nieżyt spojówki Parinauda od innych zapalnych procesów chorobowych spojówki, zwłaszcza, że Verhoeff i Derby wskazują na organizacyę i wytwarzanie tkanki łącznej jako następstwa nekrozy. Nasze badania stwierdziły tylko istnienie licznych zanikowych komórek plazmatycznych, z których kilka napotkano także w świetle naczyń. Znaczenie tego spostrzeżenia omówimy niżej.

Wyniki naszych badań są następujące:

Obydwa przez nas spostrzegane przypadki piętnuje obecność komórek plazmatycznych jako przewlekłe procesy zapalne. Typ komórek odpowiada w zupełności dotychczasowym spostrzeżeniom, które stwierdzają w błonach śluzowych istnienie komórek typu Marschalki; tkanka spojówkowa usprawiedliwia i w naszym przypadku istnienie komórek o tym samym wyglądzie morfologicznym.

Zachowanie się komórek względem naczyń przemawia stanowczo przeciw pochodzeniu ich z elementów krwi; brak form przejściowych między składnikami krwi i dorosłemi komórkami plazmatycznemi, a ułożenie dorosłych komórek przy

naczyniach, na granicy uszkodzonej tkanki, można daleko łatwiej wytłomaczyć potrzebą silniejszego dowozu żywności dla rozwijających się komórek.

Rozmaity czas trwania procesu chorobowego tłumaczy nam odmienny cokolwiek obraz histologiczny obydwu przez nas spostrzeganych przypadków. W nieżycie spojówki Parinauda pochodzą owe badane wyrośle spojówkowe z 3-go miesiąca trwania choroby — znajdujemy też mało form przejściowych między komórkami łączno-tkankowemi a komórkami plazmatycznemi, wyrośle są już przeważnie złożone z dorosłych komórek plazmatycznych.

Brak wszelkich zmian wstecznych w tym okresie odpowiada właściwości klinicznej nieżytu Parinauda, którego zmiany chorobowe na spojówkach mogą się dłuższy czas utrzymywać na tym samym stopniu nasilenia, nie sprawiając choremu żadnych dolegliwości. Zmiany degeneracyjne wystąpiłyby zapewne później w końcowym okresie nieżytu.

Narośl guziczkowa z przypadku drugiego, która powstała stosunkowo szybko i znikłaby również prędko może nawet bez leczenia, przedstawia wszystkie okresy tworzenia się i rozpadu komórek plazmatycznych. Widzimy tu okazy dorosłe komórek plazmatycznych w sąsiedztwie naczyń, silne bujanie części łączno-tkankowych spojówki w warstwach podprzybłonkowych w postaci »komórek nabłonkowatych«, komórki plazmatyczne w okresie tworzenia się i postacie zanikowe komórek, po za obrębem naczyń lub w świetle tychże.

Komórki nabłonkowate, jako pochodne komórek łączno-tkankowych stanowią, jak się zdaje, pomost między komórkami plazmatycznemi a komórkami łączno-tkankowemi. W opisie histologicznym wspomnieliśmy już o komórkach nabłonkowatych, otoczonych wybitnie szerokim rąbkiem protoplazmy; czy jednak jądro tych komórek jest w stanie przeobrazić się w typowe jądro sprychowe — rzecz tę mogą rozstrzygnąć dopiero badania późniejsze.

Krompecher wspomina wprawdzie o istnieniu powinowactwa między komórkami nabłonkowatemi a plazmatycznemi,

twierdzi jednak, że te ostatnie są w stanie przejść w komórki nabłonkowate a następnie w komórki łączno-tkankowe. Nasze jednak spostrzeżenia przemawiają przeciwnie za tem, że komórki nabłonkowate stanowią stan przejściowy między komórkami łączno - tkankowemi a komórkami plazmatycznemi. W każdym razie więc komórki nabłonkowate pozostają w jakimś rozwojowym związku z komórkami plazmatycznemi.

Nieżyt spojówki Parinauda może w szczególności posłużyć jako materyał dowodowy dla rozstrzygnięcia pochodzenia komórek plazmatycznych. Kliniczny przebieg nieżytu, nie zagrażający spojówce i rogówce żadnemi groźnemi powikłaniami, mimo dłuższego nawet trwania choroby, nadaje się do swobodnego spostrzegania i umożliwia wycięcie częściowe wyrośli spojówkowych dla badań histologicznych w rozmaitych okresach. W ten sposób uzyskany materyał, chronologicznie uporządkowany, przewyższyłby badania doświadczalne, gdyż pochodziłby z doświadczenia, w którem nieznany i ukryty bodziec wywołał objawy zapalne i utrzymywał spojówkę przez dłuższy czas w podrażnieniu.

Cały szereg skrawków po sobie następujących byłby dokładnem odbiciem stopniowo rozwijających się zmian chorobowych: począwszy od powstania tkanki ziarninowej przez bujanie części łączno-tkankowych do rozwoju dojrzałych komórek plazmatycznych i od tych ostatnich, stosownie do klinicznego przebiegu, do zmian zanikowych komórek plazmatycznych i usunięcia pozostałych resztek drogą naczyń krwionośnych.

Ten fakt stanowi najwyraźniejszy moment różniczkowy między nieżytem spojówki Parinauda a innymi nieżytami spojówkowymi.

Jako najważniejszy moment różniczkowy ze stanowiska klinicznego uważa sam Parinaud pomyślne zejście sprawy chorobowej; temu klinicznemu spostrzeżeniu odpowiadałyby w zupełności zmiany anatomiczno - patologiczne w ostatnim okresie choroby. Rozpad komórek plazmatycznych i przedostanie się ich do krążenia objaśnia dostatecznie brak blizn

w spojówce, powracającej do prawidłowego stanu; w przeciwieństwie do jaglicy, przy której komórki plazmatyczne znowu przechodzą w komórki łączno-tkankowe i zawsze sprowadzają bliznową przemianę tkanki.

Nieżyt spojówki Parinauda — oprócz szczególnego znaczenia dla okulistyki ze względu na znamienny kliniczny zespół objawów—posiada więc także pewne znaczenie dla ogólnej patologii, gdyż stanowi odpowiedni materyał dla badań, któreby w dalszym ciągu mogły się przyczynić do rozstrzygnięcia pytania o pochodzeniu komórek plazmatycznych.

Wielm. Panu Profesorowi Dr Machekowi dziękuję bardzo za łaskawe odstąpienie materyału i życzliwe zajęcie się przebiegiem mych badań.

Literatura.

1889. Parinaud: Recueil de la Société d'Ophtalm. (wedł. Chaillous).
1892. Unna: Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der Geschwülste der Haut. Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 49.
1892. Greeff: Ein bemerkenswerther Fall von pseudo-trachomatöser Augenentzündung. Arch. f. Angenheil. Bd. 24.
1895. Marschalko: Über die sogenannten Plasmazellen. Arch. f. Dermatol. Bd. 30.
1897. Pick: Zur Histologie des Trachoms. Graefe's Arch. f. Ophtalm. Bd. 44.
1898. Krompecher: Beitr. zur Lehre von den Plasmazellen. Ziegler's Beitr. z. pathol. Anatomie. Bd. 24.
1899. Marschalko: Zur Plasmazellenfrage. Centralbl. f. allgem. Pathologie.
1900. Herbert: The young Plasmacell or Lymphocyt in chromic inflammation. Journal of Pathology and Bacteriology.
1901. Pappenheim: Wie verhalten sich die Unna'schen Plasmazellen zu Lymphocyten. Virchow's Arch. f. pathol. Anat. Bd. 165 u. 166.
1902 Enderlen u. Justi: Beitr. zur Kenntniss der Unna'schen Plasmazellen. Zeitsch. f. Chirurgie. Bd. 62.
1902. Schlesinger: Über Plasmazellen u. Lymphocyten. Virchow's Arch. f. path. Anat. Bd. 169.
1902. Pappenheim: Weitere krit. Ausführ. z. gegenwart. Stand. d. Plasmazellenfrage. Virch. Arch. f. path. Anat. Bd. 169.
1902. Junius: Die patholog Anatomie der Conj. granulosa nach neuen Untersuchungen. Zeitschr. f. Augenh. Bd. VIII.

1903. Unna: Histolog. Atlas der Pathologie der Haut.
1903. Morax u. Manouëlian: Histolog Veränd. bei Parin. infekt. Conjunct. Refer. Klin. Monatsbl. f. Augenh.
1904. Ehrlich: Der Ursprung der Plasmazellen. Virch. Arch. f. path. Anat. Bd. 175.
1904. Chaillous: Contribution à l'etude de la conjonctivite infect. de Parinaud. Annal. d'Oculist. Janvier.
1904. Stirling: A case of Parinauds Conjunct. (Opht. Review. Okt.) Refer. Wochensch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. Nr 8.
1904. Matys: Parinaud'sche Conjunct. Zeitsch. f. Augenh. Bd. XII.
1905. Goldzieher: Über Lymphom-Conjunctivitis. Centralbl. f. prakt. Augenh. Januar.
1905. Verhoeff u. Derby: Die patholog. Histologie der Parinaudschen Conjunct. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 43 Jahrg. Juni.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. T. CXXXIV. R. 1905. Nr 8. (Referent Doc. Dr K. W. Majewski).

W sprawie leczenia zmian rakowatych zapomocą radium i promieni Roentgena. (A propos du traitement des cancroïdes par la radiothérapie). E. Valude.

Leczenie zmian nowotworowych na skórze powiek, zapomocą promieni Roentgena, względnie promieni radium, jest nabytkiem dość świeżym, żeby każde nowe spostrzeżenie, czyto dodatnie, czy ujemnie o tem leczeniu świadczące, zasługiwało na baczną uwagę praktyków, dlatego autor ogłasza cztery przypadki spostrzegane na swym oddziele w szpitalu *Quinze-Vingts:* Pierwszy przypadek odnosi się do 55letniej kobiety, z głęboko drążącym rakiem skóry nosa i wewnętrznego kącika oka. Nowotwór ten mimo leczenia środkami żrącymi i mimo operacyi krwawych ciągle odrastał. Długie leczenie zapomocą promieni radium również nie okazało się skuteczniejszem tak, że trzeba było znów powrócić do zabiegów plastycznych. W drugim przypadku u kobiety 49letniej naciek rakowy więcej powierzchowny w kąciku wewnętrznym oka i w okolicy woreczka łzowego po dwukrotnem naświetleniu promieniami radium, z których pierwsze trwało godzinę, a drugie 20 minut uległ

w krótkim czasie zupełnemu zabliźnieniu. U innej 62letniej kobiety *epithelioma* zajmujące skóry powieki i przechodzące na spojówkę po dłuższem leczeniu częścią promieniami Roentgena, częścią zaś zapomocą radium znacznie się zmniejszyło i zabliźniło, jakkolwiek zupełnem wyleczeniem uzyskanego wyniku autor nazwać nie chce. W czwartym przypadku u 54letniego mężczyzny małe *papilloma* powieki górnej po jednorazowem zastosowaniu promieni radium zniknęło w ciągu dni czternastu bez śladu i trwale.

Na podstawie tych czterech spostrzeżeń wysnuwa autor, zwłaszcza co do radium wnioski następujące: W przypadkach złośliwych nowotworów powiek doszczętne leczenie operacyjne pozostaje nadal sposobem najprędzej i najpewniej do celu prowadzącym. Leczenie zapomocą promieni radium należy ograniczyć jako dobry środek palliatywny do przypadków, nie nadających się do operacyi, lub stosować je w przypadkach nowotworów mniej rozrośniętych, gdy chorzy nie chcą przystać na operacyę. Tu można mieć nadzieję wyleczenia zupełnego, pamiętać jednak należy o dość silnych objawach podrażnienia skóry, jakie pod wpływem promieni radium niejednokrotnie powstaje. W przypadkach łagodnych nowotworów powiek, takich jak *papilloma* można zapomocą radium również dobrze, jak zapomocą wycięcia sprowadzić zupełne wyleczenie. Ujemnego wpływu radium na głębsze części oka i na bystrość wzrokową w spostrzeżeniach swych autor nie zauważył.

Dwa przypadki zakażenia urazowego gałki ocznej prątkiem anaerobowym (Bacillus perfringens). (Deux cas d'infection traumatique du globe oculaire par un microbe anaérobie). Chaillous J.

Autor spostrzegał na oddziele Morax'a w paryskim szpitalu *Lariboisière* dwa przypadki ropnego zapalenia gałki ocznej w następstwie skaleczenia odpryskiem metalicznym, w których badanie bakteryologiczne wykazało czystą hodowlę prątka anaerobowego, *bacillus perfringens*. Przebieg kliniczny w obu przypadkach, u ślusarza, zranionego w oko opiłkiem żelaza i u małego chłopca, który się skaleczy w oko kawałkiem metalowego drutu, był bardzo podobny.

W 48 godzin po zranieniu przednia komora wypełniła się ropiastą masą, poczem wystąpiły inne objawy *panophthalmitis*, jak chemoza, wysadzenie gałki, bóle, wydzielina ropna itd. Równocześnie w obu przypadkach pojawiła się gorączka, osłabienie ogólne i zajęcie sensorium. Tak u ślusarza, jak u dziecka kres chorobie położyło wyłuszczenie gałki. Badanie anatomiczne wykazało w obu

gałkach ocznych silny wysięk ropny, poczynający się od rany i zajmujący głównie jagodówkę, przenikający jednak we wielu miejscach przez siatkówkę w głąb ciała szklistego. Uderzał bardzo znaczny rozwój nowo wytworzonych naczyń, wrastających od naczyniówki w gęsty naciek zapalny. W znacznej odległości od tej warstwy naczyniowej wykazywało badanie mikroskopowe w głębi nacieku liczne kolonie prątka, który okazywał wszystkie znamiona drobnoustroju opisanego we Francyi przez Veillon'a i Zuber'a, a w Niemczech przez Fraenkla i Rista pod nazwą *bacillus perfringens*. Przedstawia on pałeczki 3—9 μ. długie, a 1 μ. szerokie, o końcach ostro ściętych, barwiące się fuksyną Ziehla, fioletem gencyany, oraz metodą Grama. W kropli wiszącej prątki te nie okazują żadnych ruchów. Drobnoustroj ten jest ściśle anaerobowy, zasiany na bulione lub żelatynie pokrytej warstwą oliwy lub wazeliny, wytwarza bańki gazowe nieraz tak znaczne, że wyrzuca watę, zatykającą epruwetkę. Gazy, wytworzone przez kolonie tego prątka, mają przykrą, mdłą woń zjełczałego tłuszczu. Prątek ten spotykano w przypadkach zgorzeli gazowej, po ciężkiem zranieniu nogi, przy *mastoiditis* i *otorrhoea foetida* w zgorzeli płuc i tym podobnych przypadkach. W ropnych zapaleniach oka nikt jeszcze dotąd prątka tego nie wykazał. Już samo ułożenie kolonii w głębi nacieku, zdala od naczyń krwionośnych, tlen zawierających, świadczy o ściśle anaerobowej naturze prątka. Autor nie wątpi, że *bacillus perfringens* częściej, niżby się zdawać mogło, staje się powodem zakażenia w następstwie zranień gałki ocznej. Przypuszcza on mianowicie, że w tych wcale nie rzadkich wypadkach ropnych zapaleń oka, gdzie zwyczajne badanie bakteryologiczne daje wynik ujemny, zaniedbywane często poszukiwanie za mikrobami anaerobowymi nieraz mogłoby wykryć obecność chorobotwórczego zarazka.

O trudnościach rozpoznawczych kiłowego tła zapalenia tęczówki. (Difficultés du diagnostic de la nature syphilitique de l'iritis). E. Aubineau.

Im krytyczniej i ściślej przeprowadza się wywiady i badania kliniczne chorób ocznych z uwzględnieniem przeróżnych czynników etyologicznych, jakie ich powstanie mogą sprowadzić, tem częściej się zdarza, że stajemy wobec zagadki, nie wiedząc, któremu z czynników główną rolę etyologiczną przypisać. Chevallereau i Chaillous na kongresie w Lucernie zdali sprawę ze 131 przypadków zapaleuia tęczówki, z których w 27 przypadkach mimo skrzętnego poszukiwania nie zdołano wykryć właściwego tła etyologicznego. Autor wykazuje trudności, jakie napotykamy w rozpo-

znaniu swoistego tła zapalenia tęczówki, mimo, że cierpienie to na tem tle najczęściej występuje.

Obraz kliniczny bardzo często nie pozwala nam sprawy rozstrzygnąć. *Iritis syphilitica* przebiega coprawda często podostro bez burzliwych objawów zapalnych i bez znaczniejszych bólów, zdarzają się jednak liczne od tego wyjątki. Nawet w tych przypadkach, gdzie na tęczówce występują znamienne guzki *(iritis papulosa vel gummosa)*, trzeba się mieć na baczności, żeby zmian tych z innymi tworami patologicznymi nie pomieszać. Autor przytacza nieszczęśliwy przypadek Nettleship'a i Fox'a, w którym małe guzki kiłowe na tęczówce wzięto za guzełki i wyłuszczono gałkę oczną. Takasama zmiana na drugiem oku ustąpiła bez śladu pod wpływem leczenia rtęciowego.

W dalszym ciągu zwraca autor uwagę na konkurencyę przyczyn, przytacza przykłady, gdzie w następstwie zranienia oka wystąpiła typowa *iritis papulosa luetica*, lub gdy zapalenie tęczówki następowe, powodowane wrzodem rogówkowym, przybrało znamiona zapalenia kiłowego. Nakoniec zwraca autor uwagę na nierzadko spotykane współistnienie kiły i gośćca stawowego, dwóch najczęstszych podstaw zapalenia tęczówki. W takich razach *iritis* może być owocem współdziałania obu tych etyologicznych czynników, ale z drugiej strony przypadki takie każą nam pamiętać, że nie każda *iritis*, występująca u osoby niewątpliwie przymiotem dotkniętej musi być koniecznie kiłową.

Irydektomia przeciwjaskrowa i nagniatanie gałki ocznej. (L'iridectomie antiglaucomateuse et le massage de l'oeil). M. Wicherkiewicz.

(Ogłoszone również w Post. Ok. 1905. Nr 4 i 5).

Nr 9.

Powikłania oczne w następstwie zastrzyknięć kosmetycznych parafiny w okolicy nosa. (Des accidents oculaires consécutifs aux injections prothétiques de paraffine dans la région nasale). Rohmer z Nancy.

Od czasów wprowadzenia injekcyi parafinowych wykonywanych sposobem Gersuni'ego w celach kosmetycznych opisano sporo przypadków odległych zatorów, spowodowanych masą wstrzykniętej parafiny. W jakiejkolwiek części ciała robi się zastrzyknięcia, jeśli tylko masa injekcyjna dostanie się do światła żyły, wtedy uniesiona prądem krwi żylnej dostaje się do prawej komory serca, a stąd do płuc, gdzie powstaje zator, zwykle bez groźnych

dalszych następstw, jak zgorzel płuca itd. Wszystko zależy zresztą od ilości porwanej prądem krwi parafiny. Autor poświęca swą pracę powikłaniom ocznym zastrzyknięć parafinowych, robionych na nasadzie nosa dla poprawienia jego postaci. Opisuje on przypadek 42letniej kobiety, która z powodu zapadnięcia nosa wywołanego trzeciorzędną kiłą poddała się zastrzykiwaniom parafinowym. Zastrzykiwania te wykonywane nieumiejętnie nietylko sprowadziły jeszcze większe oszpecenie, ale co gorsza przyprawiły chorą o zupełną utratę wzroku oka lewego. Autor miał sposobność badać chorą w dwa lata później i stwierdził zupełną ślepotę oka lewego, a wziernikiem znalazł obraz przebytego zaczopowania środkowej żyły siadkówki. Zanikłą już obecnie zupełnie tarcz nerwu wzrokowego otaczały duże ogniska wybroczynowe. Granice tarczy były zatarte a żyły rozdęte i pokręcone. Prócz tego na obu oczach istniały nieznaczne zmiany zapalne w naczyniówce, które autor odnosi do przebytej kiły.

Takich lub podobnych przypadków ogłoszono już kilka w literaturze. Autor przytacza spostrzeżenia Leisser'a, Moll'a, Hurt'a, Holden'a i Mintz'a. Jedni rozpoznawali trombozę żylną, inni embolię tętnicy siatkówkowej, Hurt i Holden, aby uzasadnić to ostatnie rozpoznanie i wytłumaczyć, w jaki sposób cząstka parafiny z układu żylnego mogła się dostać do tętnicy środkowej siatkówki, przypuścili w swym przypadku drożność przewodu Botal'a.

Autor zastanawiając się nad sposobem powstania ciężkich zmian na dnie oka w swoim przypadku i w innych przytoczonych spostrzeżeniach wykazuje, że trzeba istotnie wyjątkowych okoliczności, aby wskutek zastrzyknięć parafinowych u nasady nosa robionych przyszło do zatoru tętnicy siatkówkowej. Natomiast bez trudu można wytłumaczyć powstanie zaczopowania żyły środkowej, jeśli się zważy, jak liczne istnieją anastomozy między siecią żył w tkance podskórnej nasady nosa a *vena ophthalmica*. *Vena angularis* stanowi tu główną drogę komunikacyjną.

W ostatniej części swej pracy podaje autor przepisy, których się przy wstrzykiwaniu parafiny trzymać należy, jeśli się chce uniknąć niemiłych powikłań. W pierwszym rzędzie wystrzegać się należy wstrzykiwań zbyt wielkiej ilości parafiny naraz. We wszystkich opisanych przypadkach zatorów płucnych ilość wstrzykniętej parafiny przekraczała 3 cm^3. Dla poprawy siodełkowatego nosa wystarczy zazwyczaj 1 do $1^1/_2$ cm^3 parafiny. Następnie parafina nie powinna być trudno topliwa: 41 do 42^0 C, oto najkorzystniejszy punkt topliwości. Parafina, którą potrzeba do 60^0 przed wstrzyknięciem

ogrzewać, powoduje sparzenie tkanek i może nawet wywołać zgorzel skóry. Najważniejszą jest jednak technika samych zastrzykiwań. Igła strzykawki powinna być dość gruba, należy wstrzykiwać powoli i bardzo ostrożnie. Podczas operacyi powinien asystent palcami obu rąk silnie uciskać skórę ze wszystkich stron dookoła miejsca, do którego chcemy skutek zastrzyknięcia ograniczyć. Gdy chodzi o nasadę nosa, główną jest rzeczą uciskać silnie *vena angularis*, aby zapobiedz w ten sposób przedostaniu się parafiny do żył oczodołu.

O pewnej szczególnej postaci zaniku tęczówki w przebiegu wiądu rdzenia i porażenia postępowego. Związek tego zaniku z nieregularnością i zaburzeniami odruchowemi źrenicy. (Sur une forme spéciale d'atrophie de l'iris au cours du tabes et de la paralysie générale. — Ses rapports avec l'irrégularité et le troubles réflexes de la pupille). Dupuy Dutemps.

Autor w licznych przypadkach wiądu rdzenia i porażenia postępowego zauważył objaw, który, jak się zdaje, przeszedł dotąd niespostrzeżony. Prawie wszędzie tam, gdzie objaw Argyll-Robertson'a jest już wyraźnie naznaczony. Tęczówka okazuje nieprawidłowe wejrzenie, który nie może być niczem innem, jak tylko wyrazem zaniku jej części składowych. Barwa zmieniona, jakby wypłowiała, beleczki i krypty zagładzone i wogóle cały misterny rysunek przedniej powierzchni zatarty. Zwłaszcza podpada zcieńczenie tęczówki w okolicy przyźrenicznej, gdzie w prawidłowym stanie jest ona właśnie najgrubszą z powodu wieńca mięśni gładkich zwieracza źrenicy. Ten wyraźny zanik miąższu tęczówkowego nie dochodzi wprawdżie do tego stopnia, jaki spostrzegamy w przypadkach przewlekłej jaskry lub w oczach, które przebyły długotrwałą przewlekłą *iritis*, gdzie to tęczówka miejscami zupełnie zanikła, przepuszcza odblask czerwony z dna oka i podobna jest do pajęczej błonki. Nie mniej jednak w przypadkach wiądu rdzenia i porażenia postępowego, przypatrując się bacznie tęczówce, zwłaszcza przy użyciu lupy, można stwierdzić wyżej wymienione znamiona zaniku, jeśli nie całej tęczówki, to przynajmniej jednego lub kilku jej wycinków (sektorów). Autor przekonał się, że ta anatomiczna zmiana występuje zawsze dopiero wtedy, gdy odruch źrenicy na światło jest już zniesiony, przy zachowanem oddziaływaniu na akomodacyę. Ten ostatni odczyn ulega w niektórych przypadkach znacznie później osłabieniu i znika wreszcie zupełnie. Najdłużej utrzymuje się odruch źrenic przy zaciśnięciu powiek (objaw Galassiego).

W wyjątkowych przypadkach i to w późnych okresach choroby i ten odruch, polegający na zwężeniu źrenicy po zamknięciu powiek zostaje zniesiony. Autor zwraca uwagę, że w przypadkach porażenia n. okoruchowego przy zmianach w pniu albo w jądrze tego nerwu, nawet przy najdłuższem trwaniu porażenia nie przychodzi nigdy do jakichkolwiek zmian zanikowych w tęczówce. Tożsamo nie spostrzegano nigdy zaniku tęczówki po wycięciu szyjnego zwoju nerwu współczulnego, operacyi wykonywanej w ostatnich latach często w przypadkach jaskry. Wyłącza się oczywiście te przypadki, gdzie istnieje zanik tęczówki samą jaskrą spowodowany. Na podstawie tych danych klinicznych, jak również na podstawie całego szeregu prac doświadczalnych (Apoland, Bumm, Lodato, Hertel, Bach, Schwalbe, Marina) dochodzi autor do wniosku, że zaburzenia ruchowe źrenic przy wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem zależą od zmian w samychże krótkich i długich nerwach rzęskowych, których komórki zwojowe znajdują się w *ganglion ciliare*. Zwój ten wraz z nimi stanowi ostatni obwodowy neuron ruchowych i czuciowych dróg nerwowych, dochodzących do źrenicy. Te zmiany w nerwach rzęskowych pociągają za sobą zanik mięśni gładkich i pozostałej tkanki tęczówkowej, podobnie jak porażenia kończyn zależne od zmian zapalnych lub degeneracyjnych w nerwach obwodowych powodują wychudnięcie i wogóle zmiany troficzne w tychże kończynach.

Pierwotna gruźlica spojówki (Tuberculose primitive de la conjonctive). Moissonnier.

Do szeregu licznych opisanych już w literaturze przypadków pierwotnej gruźlicy spojówki, dorzuca autor jeszcze własne spostrzeżenie, odnoszące się do 3letniego dziecka, u którego rodzice zauważyli obrzmienie powieki górnej, oraz łzawienie i ropienie oka. Po odwróceniu powieki górnej w środku spojówki chrząstkowej widać było owrzodzenie o wystających nieco brzegach i dnie brudno-żółtawem. Prócz tego po całej spojówce rozrzucone były guzki trochę do jagieł podobne. Gruczoł przyuszny był dość znacznie obrzmiały. Badanie mikroskopowe cząsteczki tkanki z brzegu wrzodu wyciętej wykazało obecność licznych komórek olbrzymich, prątków Kocha jednak nie znaleziono. U królika, któremu autor wszczepił do przedniej komory kawałeczek tkanki z wrzodu wyciętej, wystąpiła dopiero po upływie 40 dni typowa *iritis tuberculosa*. Tu w guzku na tęczówce badanie mikroskopowe wykazało już obecność prątków gruźliczych. Leczenie polegało na wycięciu wrzodu i przypaleniu ubytku nalewką jodową. Poza tem polecił autor zakładanie maści jodoformowej i ogólne leczenie wzmacniające.

Stan spojówki poprawił się, ale sprawa gruźlicza wniknęła w głąb i zajęła chrząstkę powiekową. W tym stanie stracił autor z oczu dziecko, które rodzice wywieźli do Paryża.

Spostrzeżenie to opatruje Moissonnier kilkoma uwagami. Valude, jak wiadomo, wykazał, że pierwotne zakażenie spojówki prątkami gruźliczemi może przyjść do skutku tylko po poprzedniem zranieniu przybłonka spojówkowego. Fuchs przypuszcza, że bakterye dostają się do oka wraz z pyłem, którego poszczególne twarde ziarnka ranią ostremi krawędziami spojówkę, otwierając w ten sposób wrota zakażeniu. Autor natomiast wyraża przypuszczenie, że pierwotna gruźlica spojówki rozwinąć się może i wtedy, gdy prątki gruźlicze dostaną się do wylotów gruczołów Krausego i stamtąd rozpoczną swe niszczące działanie. Okoliczność, że na oku królika okres wylęgania trwał aż dni 40, tłumaczy autor nie osłabioną jadowitością zarazka gruźliczego, lecz większą odpornością przeciwko gruźlicy, jaką nieraz zdradzają króliki. Dlatego to korzystniej jest, jak to już zresztą z wielu stron podniesiono, szczepić gruźlicę na morskich świnkach. Co do leczenia przestrzega autor przed wyskrobywaniem zapomocą ostrej łyżeczki wrzodów gruźliczych spojówki, gdyż przytem wszczepia się tylko zarazek w głąb zdrowej jeszcze tkanki. Przytacza on przypadki z literatury, gdzie po każdem wyskrobaniu przychodziło do nawrotów sprawy gruźliczej.

We własnym opisanym przypadku byłby autor w dalszym ciągu próbował zastrzyknięć tuberkuliny (Tr.), która miała w niektórych spostrzeżeniach znanych mu z literatury okazać się zbawienną, gdyby nie był dziecka stracił z oczu.

Nr 10.

Jaskra ostra w następstwie tępych urazów. (Glaucome aigu consécutif aux contusions du globe oculaire. [Glaucome traumatique]). Villard.

Przypadki jaskry ostrej, występujące na oku, które doznało tępego urazu, należą, zdaniem autora, do wielkich rzadkości. Wnosi on o tem z tego, że mimo skrzętnego poszukiwania zdołał znaleść w literaturze zaledwie 21 spostrzeżeń, do których dodaje opis 3 spostrzeżeń własnych. Zestawiając wszystkie te obce i własne przypadki kreśli autor kliniczny obraz takiej jaskry urazowej.

Rodzaje urazów, które spowodowały w tych przypadkach wystąpienie objawów jaskrowych były najrozmaitsze: Uderzenie drzazgą przy rąbaniu drzewa, końcem bicza, pięścią, prętem, kamieniem itd. W każdym razie uraz bywał silny i tępy, t. j. nie sprowadzał skaleczenia ścian gałki ocznej. Objawy jaskry występowały w różnym

czasie po doznanym urazie, od kilku godzin do kilku tygodni. Wiek chorych, jak się zdaje, roli nie odgrywa, bo przypadki odnosiły się równie często do osobników młodych, jak do osób starszych, które często bywają do jaskry skłonne. Mężczyźni stanowią wielką przewagę, widocznie dlatego, że rodzaj ich zajęć częściej naraża ich na urazy, niż kobiety. Objawy jaskry urazowej nie różnią się w niczem od objawów pierwotnej zapalnej jaskry ostrej, więc bóle, zmętnienie rogówki, rozszerzenie źrenicy, nastrzyknięcie rzęskowe obniżenie, a nawet utrata wzroku, a wreszcie wyżłobienie, a wreszcie zanik nerwu wzrokowego. Napięcie bywa nieraz do najwyższego stopnia wzmożone. Przebieg i rokowanie podobne jak w jaskrze pierwotnej, w wysokim stopniu zależne od zastosowanego leczenia. Autor doradza *miotica*, gorące okłady, upust krwi ze skroni lub z poza ucha, wreszcze leczenie operacyjne: irydektomia lub sklerotomia.

Zapatrywania co do patogenezy jaskry urazowej nie są jeszcze jednolite, zresztą jest rzeczą możliwą, że mechanizm powstania jej bywa w różnych przypadkach różny. Jedni autorowie przypisują wzmożenie napięcia po urazie tępym wpływowi nerwów naczynioruchowych, inni ukrytemu zapaleniu ciałka rzęskowego, które powoduje przesycenie cieczy wodnej istotami białkowatemi i zamulenie przestworów i dróg odpływowych. W kilku tylko przypadkach uraz wywołał zwichnięcie względnie nadwichnięcie soczewki, co ze swej strony spowodowało wystąpienie jaskry następowej. Ściśle rzecz biorąc te ostatnie przypadki nie są czyste, jaskra bowiem nie była tu bezpośredniem, lecz pośredniem następstwem urazu.

Przypadek wągra podspojówkowego. (Cysticerque sous-conjonctival). Cosmettatos z Aten.

Cysticercus rzadko obiera sobie w oku siedzibę. Z poszczególnych części oka ciało szkliste najczęściej bywa przezeń nawiedzone, rzadziej nieco siatkówka, a trzecie miejsce pod tym względem zajmuje spojówka. Autor znalazł w literaturze zaledwie 60 spostrzeżeń wągra podspojówkowego. Graefe spostrzegał go tylko pięć razy na 80.000 chorych. W Grecyi nie opisano dotąd podobnego przypadku. Autor przypisuje to tylko temu, że się zaniedbuje mikroskopowego badania wyłuszczonych torbieli podspojówkowych. Opisuje on przypadek wągra wyłuszczonego przez siebie z pod spojówki gałki w pobliżu załamka półksiężycowatego u pewnego 16letniego młodzieńca. Torbiel miał postać i wielkość małej fasolki. Po ostrożnem przecięciu zewnętrznej ściany torbiela okazało się, że zawiera on wewnątrz mniejszy pęcherzyk. Badanie pod lupą i pod mikroskopem tego pęcherzyka wykazało obecność główki,

opatrzonej czterema smoczkami podkowiastymi i wieńcem haczyków. Był to zatem *cysticercus cellulosae*, należący do rodzaju *Taenia solium*. Autor opisuje szczegółowo badanie histologiczne ściany pęcherza, składającej się z dwu warstw łącznotkankowych, zewnętrznej zbitszej o gęsto splecionych włóknach i wewnętrznej z wiotkiej tkanki łącznej.

Przypadek mięsaka w otoczeniu tarczy nerwu wzrokowego. (Sarcome péripapillaire). Moissonnier.

Do autora zgłosiła się z powodu upośledzenia wzroku oka prawego pewna 55letnia kobieta, ogólnie zdrowa. Oko zewnętrznie zmian nie okazywało, wziernikiem zaś widać było u tylnego bieguna gałki duże oderwanie siatkówki, która wydawała się napiętą, przy ruchach oka nie okazywała żadnego falowania, a z poza niej przeświecał miejscami guz ciemno zabarwiony. Rozpoznawszy nowotwór złośliwy doradził autor chorej wyłuszczenie gałki, na co się zgodziła. Badanie wyjętego oka wykazało istotnie obecność guza, wychodzącego z naczyniówki i otaczającego, a zarazem pokrywającego tarcz nerwu wzrokowego. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie mięsaka barwikowego, złożonego z wielkiej ilości komórek wrzecionowatych i zaopatrzonego obficie w naczynia oraz złogi czarnego barwika. Na niektórych preparatach widać było ciekawe, regularnie promieniste ułożenie komórek wrzecionowatych dookoła światła poprzecznie przekrojonych naczyń. Z obrazów tych wnosić można, że naczynia stanowiły tu ośrodek proliferacyi i bujania komórek nowotworowych. Nowotwór był ściśle wśródgałkowy, a nawet nie przekraczał granicznej warstwy naczyniówki tak, że ani twardówka, ani odczepiona siatkówka nie były nigdzie nacieczone. Tożsamo nerw wzrokowy był zupełnie wolny. Dzięki wczesnej enukleacyi zawdzięcza chora swe ocalenie, autor badał ją bowiem w 18 miesięcy po operacyi i nie znalazł ani miejscowego nawrotu, an też odległych przerzutów.

Przypadek obustronnej wrodzonej szpary tęczówkowej wraz ze zaćmą biegunową przednią i krótkowzrocznością wysokiego stopnia. (Un cas de coloboma bilatéral de l'iris avec cataracte pyramidale double et myopie forte). Bargy.

Autor miał sposobność spostrzegać u 8letniej dziewczynki na obu oczach jednakie zmiany wrodzone, mianowicie: dołem nieco od zewnątrz niezwykle szeroką szparę tęczówkową, rozszerzającą się nietypowo ku obwodowi i dochodzącą aż do wieńca rzęskowego. Wielkością swą odpowiadała szpara $^1/_4$ całej tęczówki. So-

czewka, której brzeg wolny w obrębie szpary był widoczny, okazywała w środku przedniej torebki kredowo-białe zaćmienie, sterczące w postaci małego stożka ku przodowi (*cataracta pyramidalis*). Wziernikiem nie widać szpary naczyniówkowej, ani żadnych innych zmian wrodzonych na dnie oka. Skiaskopia wykazuje ogromne różnice refrakcyi w obrębie szpary. Gdy w źrenicy w pobliżu zaćmy torebkowej zachodzi myopia wynosząca 27 D., to na obwodzie, poza wolnym brzegiem soczewki istnieje hyperopia, wynosząca 14 D. Tęczówka i soczewka wykonują przy ruchach gałki ocznej lekkie drgania faliste. Na rogówce nigdzie nie można było wykazać najmniejszego zaćmienia po przebytym wrzodzie, który możnaby wprowadzić w związek że zaćmą biegunową przednią. Otoczenie dziecka przypisuje wrodzoną wadę w jego oczach przestrachowi, jakiemu miała uledz matka, będąc w ciąży. Wysoką krótkowzroczność uważa autor w tym przypadku za myopię soczewkową, spowodowaną zwolnieniem więzadełka Zinna z następowem wypukleniem krzywizn soczewki. W zgodzie z tem pozostawałaby *irydodoneza*. Zaćmienie torebki odnosi się do przebytej w życiu płodowem sprawy zapalnej, która po sobie innych śladów nie pozostawiła. Tak więc zmiany wrodzone w opisanym przypadku są następstwem wpływów częścią teratologicznych, częścią patologicznych.

O jednostronnem rozszerzeniu źrenicy w przypadkach rozpoczynającej się gruźlicy płuc. (De la mydriase unilatérale dans la tuberculose pulmonaire au début). Bichelonne

Już przed kilku laty zwrócono uwagę na nierówność źrenic w przypadkach gruźliczego zajęcia szczytów płucnych. Autor opisuje przypadek 20letniego rekruta, który zgłosił się z powodu rozszerzenia źrenicy na oku prawem. Badanie wykazało mierne rozszerzenie źrenicy prawej, która po zasłonięciu drugiego oka rozszerzała się jeszcze bardziej, oddziaływała jednak zarówno na światło, jak na konwergencyę. Z tego, że po zasłonięciu drugiego oka i po zapuszczeniu kokainy źrenica już się więcej nie rozszerzała, wywnioskował autor, że rozszerzenie to nie było porażenne, lecz, że polegało na podrażnieniu włókien nerwu współczulnego. W zgodzie z tem przypuszczeniem pozostawało także nieco szersze rozwarcie powiek oka prawego w porównaniu z okiem lewem. Badanie ogólne nie wykazało żadnych zboczeń, z wyjątkiem zagęszczenia w szczycie płuca prawego. Po wykluczeniu wszelkich innych przyczyn, które mogłyby takie rozszerzenie źrenicy spowodować, wprowadził je autor w związek ze zmianą szczytową w płucu.

Nierówność źrenic przy gruźlicy płuc nie jest zjawiskiem

wyjątkowem. Wynika to ze statystyki Pernot'a, który w 324 przypadkach gruźlicy pierwszego stopnia znalazł 19 razy nierówność źrenic (1:17). Rozszerzenie źrenicy odpowiadało stronie zajętego lub bardziej zajętego płuca. W liczbie 352 przypadków gruźlicy drugiego stopnia stwierdził autor tę nierówność źrenic 27 razy (1:13). Wreszcie na 464 przypadków gruźlicy trzeciego stopnia, 66 razy zachodziła *anisocoria* (1:7).

Związek między rozszerzeniem źrenicy, a gruźliczem zajęciem płuc, zwłaszcza szczytów płucnych tłómaczą autorowie zrostami opłucnowymi w okolicy najniższych szyjnych zwojów nerwu współczulnego. Zrosty te uciskają *rami comunicantes* i włókna okułopupilarne, które wprawione w ten sposób w stan podrażnienia, powodują szersze rozwarcie szpary powiekowej i rozszerzenie źrenicy.

W przypadkach gruźlicy daleko posuniętej z rozpadem tkanki płucnej i z zserowaceniem gruczołów oskrzelowych mogą rzeczone włókna nerwowe uledz zupełnemu zniszczeniu, czego następstwem jest obniżenie szpary powiekowej i zwężenie źrenicy. Pernot w statystyce swojej wymienia przypadki, w których we wczesnych okresach choroby istniało rozszerzenie źrenicy, a w okresie rozpadu mydryaza ustąpiła miejsca miozie. Autor wykazuje ważne znaczenie rozpoznawcze tego wczesnego objawu gruźlicy płucnej. Aby jednak mieć prawo zachodzącą nierówność źrenic odnieść do sprawy gruźliczej w płucach, trzeba wykluczyć wszelkie inne przyczyny anizokoryi, jak syfilis, porażenie urazowe, organiczne choroby nerwowe, nowotwory w *mediastinum*, tętniaki aorty, guzy przełyku i t. p., nie mówiąc już o kroplach ocznych, wpływających na zmianę szerokości źrenicy.

Ctrbl. f. pr. Aghk. 1905. Z. 12. (Ref. Dr L. Gruder).

Pemphigus na spojówce. (Ein Fall von Pemphigus der Bindehaut). Dr Koerber w Berlinie.

Urzędnik 50letni przebył przed 3 laty kiłę. Od dwóch lat zapalenie powiek i spojówki. Rzęsy trzeba regularnie usuwać. Przed rokiem zapalenie tęczówki l. o.; wcierki. Wysypki na ciele nigdy nie było. Ponadto od roku *diabetes* i *nephritis*.

Powieki zewnętrznie prawie bez zmian. Spojówki ciemnoczerwonawe i zgrubiałe w okolicy *limbus* i *plicae semilunaris*. Załamek dolny znacznie skrócony z powodu sznurowatych fałdów spojówki, tak iż po lewej stronie dolna powieka na znacznej przestrzeni zrośnięta jest z gałką. Górny załamek obustronnie prawidłowy. W ką-

cikach wewnętrznych szpary powiekowej liczne zrosty powiek. Rogówki obustronnie czyste, lecz *limbus* otoczony zgrubionym wałem spojówkowym. Po lewej stronie na torebce ślady przyczepin tylnych. V. o. pr. = —·75 D = $^5/_4$. ok. l. —1 0 D = $^5/_7$. Pole widzenia i dno oka prawidłowe. Na podniebieniu liczne, białawe, okrągławe plamy.

Autor uważa ten przypadek za typowy *pemphigus conjunctivae* i pospolity *pemphigus* skóry i błony śluzowej. Pierwszy jest nader rzadki i przypada jeden przypadek na 21 tysięcy chorób ocznych. W $^3/_4$ przypadkach jest równocześnie zajętą i skóra, w $^1/_2$ inna błona śluzowa. W $^1/_4$ części *pemphigus* występuje wyłącznie na spojówce, wreszcie tylko zbliznowacenie (Schrumpfung) bez tworzenia pęcherzyków. Pergens nazywa ten ostatni rodzaj *essentielle Schrumpfung* *).

Pemphigus spojówki występuje prawie zawsze obustronnie, choć czasem lata mijają, nim i drugie oko zostanie tą chorobą objętem. Choroba dotyczy spojówki i pod nią leżącej tkanki łącznej, tworząc pęcherzyki lub miejsca krupowe. Najsilniej dotknięte są: dolny załamek, okolica *plicae seminularis* i mięsko (Michel). Wadliwe ustawienie rzęs jest następstwem schorzenia powiek, skrócenia spojówek i przemieszczenia korzeni rzęs wskutek schorzenia głębszych części powiek. Schorzenie rogówki zwykle jest następowej natury.

Od jaglicy *pemphigus* różni się w ten sposób: Tworzenie się blizn przy jaglicy ma przewagę nad tworzeniem sznurowatych fałdów. Przy jaglicy tworzy się dość wcześnie na rogówce łuszczka. Górny załamek jest częściej i silniej chorobą dotknięty, aniżeli dolny. Dłuższe trwanie jaglicy wywołuje zmiany w chrząstce powiek i powoduje nareszcie kserozę, Przy *pemphigus* niema blizn, żadnych zgrubień chrząstkowych, żadnych folikułów, łuszczki, a górny załamek jest prawie całkiem wolnym. Natomiast jest zrośnięcie powiek z sobą i z mięskiem, czego przy jaglicy w tej postaci nie napotyka się.

Etyologia jest niejasną i terapia przeważnie symptomatyczna i niedostateczna.

Przypadek zapalenia spojówki „Parinaud“. (Ein Fall von Parinaud'scher Conjunctivitis). Dr L. Caspar w Mühlheim n. Renen.

U dziecka 6letniego przed 10 laty wystąpiło łzawienie, oedematyczne zgrubienie spojówki, silnie zaczerwienionej, przeważnie na gałce. Poniżej rogówki silnie odgraniczona, biaława błona o charakterze dyfterycznym. Rogówka prawidłowa. W okolicy *glandulae*

---

*) Nazwa dawniej już używana na oznaczenie zbliznowacenia spojówki przy pęcherzycy tejże bez pęcherzy.

parotidis silny obrzęk i jeden zgrubiały, bolesny gruczoł limfatyczny. Wstrzyknięto *dyfter. serum* i wymywano spojówkę sublimatem. Po 5 dniach spojówka gałki była pokrytą licznemi błonami cienkiemi i łatwo dającemi się odciągnąć. Dyfteryczny wysięk znacznie zmalał. W dolnym załamku 12—15 brodawek grubych, mało ponad powierzchnię sterczących. W następnych dniach wytworzyły się w znacznym stopniu i z wielką szybkością ciemnobrunatne, miękkie brodawki także w górnym załamku. Wogóle obraz ostrej jaglicy. Równocześnie pod prawą szczęką obrzmienie gruczołów limfatycznych i silny obrzęk skóry i tkanki podskórnej w okolicy od ucha do zewnętrznego kącika ocznego. Naciek ten musiano przeciąć.

Stopniowo wystąpił obrzęk górnej powieki, zgrubienie i obrzęk górnego załamka, wystającego ze szpary powiekowej. Gdy naciek górnej powieki znacznie przybierał w rozmiarach, przecięto go, przyczem wydostano znaczną ilość gęstej ropy. Po dalszych dwóch tygodniach zaczęły stopniowo zanikać i brodawki na spojówce, tak, iż po trzech miesiącach nie pozostał z nich żaden ślad.

Gorzej, aniżeli z nacieczeniem powiek, rzecz się miała z obrzękiem gruczołów podszczękowych i twarzy od oka do ucha. Musiano je przecinać, a gojenie trwało blisko cztery miesiące, z pozostawieniem licznych nieregularnych blizn.

1906 Z. 1.

Przyrodzone lymphangioma powiek, oczodołu i oka. (Ueber das angeborene Lymphangiom der Lider, der Orbita und des Gesichtes). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Autor opisuje dwa przypadki z własnego spostrzegania. Oba przypadki miał autor sposobność badać we wczesnym wieku: posiadały one dotąd nieopisane znamię, mianowicie rozszerzenie naczyń limfatycznych na spojówce gałki ocznej. Oba były przez dłuższy czas (pierwszy przez 16, drugi przez 20 lat) obserwowane.

Pierwszy przypadek. Dziecko 2letnie w r. 1871 posiadało obrzmienie na prawem oku. Górna powieka prawego oka kulisto obrzmiała pokrywa całkowicie gałkę. Obrzmienie miękkie, daje się opaską kilkodniową zmniejszyć, lecz po zdjęciu opaski po kilku już minutach powraca do pierwotnej wielkości. Mniejsze takie obrzmienie znajduje się między grzbietem nosowym a wewnętrznym kącikiem powiekowym. Prawdopodobnie to ostatnie obrzmienie utrudnia ruchy gałki do znacznego stopnia, mimo silnych ruchów lewego oka. Rogówka, tęczówka i dno oka niezmienione, tylko spojówka gałki wcale nie zaczerwieniona, zawiera delikatną siatkę silnie wypełnionych naczyń limfatycznych. Spojówka powiek zdawała się być prawidłową.

Autor uważał to za *lymphangioma* i doradzał częściowo usunąć je.

Po cięciu międzyrąbkowem i odpreparowaniu płatu skórnego wyjęto tkankę, zawartą między skórą a spojówką i zaszyto; owalny kawałek skóry powiekowej również wycięto. Po kilku tygodniach dziecko mogło otworzyć szparę powiekową.

Mikroskopijne badanie wykazało tylko prawidłowe składniki powiek (mięśnie i tkankę łączną), żadnych zaś elementów nabłonkowych.

W dalszym czasie zrobił autor jeszcze trzy takie częściowe operacye, tak że powieka oka prawego była prawidłowej grubości, tylko wisiała na dół. Naczynia limfatyczne były widoczne jeszcze, dno oka prawidłowe. Po 6 latach *anteposition* mięśnia *rectus superior*, później operacya przeciwko *ptosis*. Po 10 latach, kiedy więc pacyent był w 18 roku życia, wynik był nader zadowalniający.

Drugi przypadek dotyczy 5letniej dziewczynki, która przez 19 lat była w obserwacyi. Cała lewa strona twarzy była zajętą przez *lymphangioma*. Lewe oko wystawało z poza oczodołu, przyczem miało jednak ruchy i bystrość wzroku nienaruszone Także na tęczówce znajdywały się wrodzone rozszerzenie naczyń. Na gałce charakterystyczne rozszerzenie naczyń limfatycznych, łączących się razem w załamku i mięsku. Po lewej stronie grzbietu nosowego elastyczne zgrubienie.

W narkozie wycięto klin z lewej strony twarzy i grzbietu nosowego. Po dalszych siedmiu latach silny krwotok do spojówki gałki i do powiek lewej strony. Nosowa strona spojówki, wypełnionej krwią, wystawała ze szpary powiekowej. Na dnie oka rozszerzenie i skręcenie naczyń żylnych i zblednięcie tarczy. Zimne okłady polepszyły stan. Takie krwotoki powtarzały się jeszcze cztery razy w odstępach od jednego do trzech lat, przyczem wytwarzało się stopniowe wyżłobienie tarczy nerwu ocznego po stronie skroniowej. Bystrość wzroku zmalała do liczenia palców na 5 stóp. W międzyczasie obie powieki, zwłaszcza górna, silnie zgrubiały, wskutek czego usunięto je zabiegiem operacyjnym, polegającym na wycięciu klinowatem i zaszyciu rany. Powieki mogły się już dowolnie otwierać i tworzyć wyraźną szparę powiekową tak, iż wynik kosmetyczny był nader zadowalniający.

Anatomiczne badanie wyciętego kawałka z *cutis* wykazuje liczne różnokształtne przestrzenie limfatyczne, miejscami ze sobą komunikujące i wyłożone warstwą nabłonka. Przestrzenie te przeważnie są próżne, mniej zaś wypełnione masą ziarnistą lub krwią. Tkanka podskórna obfituje w tłuszcz i naczynia krwionośne.

Clin. Opht. Nr 21—24. 1905. (Ref. Dr A. Bednarski).

Doraźne przerwanie choroby w przypadku ciężkiej blennorrhoea adultorum (Ophthalmie blennorrhagique grave de l'adulte jugulée en 4 jours). Dr Darier.

Patrz Postęp Okulistyczny str. 419. 1905.

Jaskra i sympatektomia (Glaucome et sympathectomie). Dr Dor.

Krótki opis dwóch przypadków chorobowych. 1) Po irydektomii wykonanej u alkoholika z powodu jaskry ostrej na jednem oku, jaskra przybrała postać krwotoczną, wykonano sympatektomię, po której zrazu nastąpiła poprawa, w kilka miesięcy jednak później przyszło do zaniku tarczy nerwu wzrokowego. 2) Jaskra na obu oczach z przebiegiem przewlekłym, wzrok pr. o = 0·025, l. o. = 0·020. Wykonano sympatektomię na lewem oku, zaś irydektomię połączoną z irydodyalizą na prawem oku. Wzrok na obu oczach poprawił się, w pół roku po operacyi wynosił na obu 0·20, chory mógł wykonywać swoje zajęcie. D. sądzi na tej podstawie, że sympatektomia jest operacyą tak samo przeciwjaskrową jak irydektomia.

Łzawienie krwawe przy wiądzie rdzenia (Larmes sanglantes au cours du tabes). Dr Coopmann.

Chory dotknięty niedowładem kończyn, trwającym od dwóch lat, zaczął bez żadnej przyczyny łzawić krwią z oka prawego. Skoro objaw ten powtórzył się kilkakrotnie, chory zgłosił się do zbadania. Badanie nie wykazało żadnych widocznych zmian w oku. — Przypadki łzawienia krwawego znane są przy szkorbucie, anemii, histeryi, jakoteż u krwawców. Wyżej opisany chory nie okazywał żadnych znamion wspomnianych cierpień, wobec czego nasuwa się przypuszczenie, że łzawienie to krwawe stoi w związku ze zmianami organicznemi, zależnemi od wiądu. Przypuszczenie to usprawiedliwiają znane przypadki drobnych wybroczyn na błonach śluzowych i skórze, zdarzające się u tabetyków.

O zapaleniu twardówkowo-rogówkowem odnośnie do przypadku niewiadomego pochodzenia (Sur les scléro-kératites, à propos d'un cas de nature indéterminée). Dr Jocqs.

W sprawie operacyi gradówki sposobem Antonelli'ego (Une observation au sujet de l'opération intermaginale du chalazion de M. Antonelli). Dr Baudoin.

Gwajakol w leczeniu chorób ocznych (Le gaïacol en thérapeutique oculaire). Dr Terson.

Jak nasi mistrzowie operują dzisiaj zaćmę (Comment nos maîtres operent aujourd'hui la cataracte).

Pod tym tytułem rozpoczęła redakcya »Clin.-opht.« druk ciekawego interwiewu z wielu wybitnymi okulistami francuskimi i zagranicznymi, jak Wecker, Lapersonne, Landolt, Snellen, Pagenstecher, Czermak, Michel, Fuchs i w. i., dotyczącego sposobu operowania zaćm. Streszczenie odkładam do ukończenia pracy, nadmieniam tylko, że redakcya »Clin.-opht.« chętnie otwiera łamy swego pisma, dla wszystkich swych czytelników, którzy mają coś interesującego do nadmienienia w sprawie operacyi zaćmy.

Deutsche med. Wchschrift. Nr 34. 1905. (Ref. Dr Sternbach).

Przyczynek do leczenia siennego zapalenia spojówki (Notiz über Therapie des Heufiebers). Kuhuł z Królewca.

Autor opisuje przypadek siennego zapalenia spojówek, wyleczonego zapomocą anestezyny Ritserta. Środka tego użył za poradą docenta Kafemanna, który u tego samego chorego użył tego środka na błony śluzowe nosa z bardzo dobrym skutkiem.

Chory od długiego czasu bardzo cierpiał na nieżyt sienny nosa i oczu, i rozmaite przez rozmaitych lekarzy stosowane środki zawodziły lub tylko chwilową ulgę przynosiły.

Dopiero anestezyna w ciągu 4 tygodni zupełne wyleczenie sprowadziła. Zmiany w nosie także dopiero po zastosowaniu anestezyny do oka zupełnie ustąpiły. Tłumaczy to autor w ten sposób, że łzy przenosiły środek ten na skroniową powierzchnię dolnej muszli nosa, dokąd przez wdmuchiwanie wprost do nosa dostawać się nie mógł. Autor używał z początku mięszanki anestezyny z kwasem borowym 1:5, potem stopniując, doszedł do stosunku 1:1. Zasypywał spojówki zapomocą zwyczajnego pędzla 2—3 razy dziennie. Chory doznawał coraz większej ulgi, a po 4 tygodniach zupełnie był wyleczony.

Wyleczenie gruźlicy oka zapomocą surowicy Marmorka. Dr. Schwartz. Gliwica.

Autor opisuje typowy i bakteryologicznie stwierdzony przy-

padek gruźlicy oka, znaleziono bowiem w wydzielinie łzowej i w odcinku obrzękłej i zaczerwienionej spojówki i prątki K o c h a. Zachęcony dobrym wynikiem tejże surowicy przy gruźlicy krtani postanowił autor i w tym przypadku stosować surowicę. Z początku wstrzykiwał co 2gi dzień po 5 cm^2 w skórę brzucha, później po 10 cm^2.

Po 37 injekcyach, t. j. po użyciu 289 kcm surowicy przeciwgruźliczej M a r m o r k a nastąpiło zupełne wyleczenie. Gruźlica oka w danym przypadku powstała przez uraz, bo chory żadnych zresztą zmian ogólnych nie okazywał. W rodzinie również gruźlicy nie stwierdzono.

Kliniczny przebieg choroby był następujący: Dnia 9 stycznia 1904 r. chory uderzony został kawałkiem ziemi w prawe oko. Spojówka gałkowa w miejscu odpowiadającem szparze powiekowej silnie zaczerwieniona i obrzękła, reszta spojówki, rogówka i inne części oka prawidłowe. 20 stycznia powstały na spojówce liczne wyniosłości czerwone, które 15 lutego przeszły w żółte ropne nacieki.

22 lutego stwierdzono w wydzielinie łzowej liczne prątki K o c h a, tegoż dnia wstrzyknięto też po raz pierwszy 5 cm^2 surowicy. Prócz zmian w oku utworzył się na górnej powiece guzek, od którego zgrubiały sznur limfatyczny do gruczołu przyusznego prowadził; pod uchem prawem zropiały gruczoł.

Trzeciego dnia po injekcyi zaczęły żółte ropne nacieki znikać, a po 15 dniach, t. j. po wstrzyknięciu 49 cm^2 surowicy nie było ani jednego nacieku więcej na spojówce, która stawała się też bledszą a gładszą. 16 marca, t. j. w 22 dniu leczenia, wystąpiły na rogówce punkcikowate nacieki, które w połowie maja gładkim przybłonkiem się pokryły.

23 maja, t. j. w 90 dniu leczenia po wstrzyknięciu 276 cm^2 surowicy, spojówka gałkowa białożółta jeszcze trochę zgrubiała, a 8 czerwca po użyciu 289 cm^2 surowicy, oko przedstawiało się prawidłowo. — Zupełne wyleczenie.

Nr 47. 1905.

Doświadczenia kliniczne nad dioniną jako środkiem wchłaniającym i znieczulającym (Experimentelle und klinische Erfahrungen über Dionin als locales Resorbens und Analgeticum in der Augenheilkunde. Prof. A x e n f e l d.

Opierając się na własnych ścisłych doświadczeniach w swojej klinice dokonanych, przypisuje autor dioninie następujące własności.

1) Dionina ma działanie wchłaniające, usuwa szybko złogi z tylnej powierzchni rogówki przy zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego; przyspiesza znacznie wessanie krwi w przedniej komorze i powoduje wyjaśnienie plamek rogówkowych.

2) Popiera działania ezeryny w jaskrze i atropiny przy zapaleniach tęczówki, choć, zdaniem autora, dionina sama przez się na źrenicę wpływu nie wywiera.

3) Dionina ma działanie analgetyczne, nie działa ona powierzchownie ale głęboko na sam nerw lub nawet, jak Darier twierdzi, na ośrodki mózgowe. Nie nadaje się dlatego do znieczulania miejscowego, lecz do uśmierzenia bolu w oku. Szczególnie nadaje się dionina w tych przypadkach, gdzie kokaina jest przeciwwskazaną, jak przy erozyach rogówkowych, *keratalgia traumatica*, *herpes corneae febrilis*, *keratitis dendritica* i t. p. Dionina bowiem w tych przypadkach nie tylko uśmierza ból, ale nawet się przyczynia do szybszej odnowy przybłonka.

Patologia jaglicy. — Berl. klin. Wchschrift. Nr 41. 1905. Goldzieher.

Autor zestawia czynniki etyologiczne jaglicy i twierdzi, że wedle dzisiejszego stanu nauki tylko drobnoustroje jako przyczynę tej choroby uważać należy. Dotychczas nie zdołano ich jednak wykazać, bo wszelkie w wydzielinie trachomatycznej lub w ziarnach znalezione bakterye nie są w stanie jaglicy wywołać. Ultramikroskopijne twory Raehlmanna nie okazały się również chorobotwórczymi dla jaglicy, jak to doświadczalnie wykazali Kuhnt i Pfeiffer.

Przechodząc historycznie przebieg kliniczny jaglicy od chwili pierwszego epidemicznego jej wystąpienia przed stu przeszło laty wykazuje autor, że w pierwszych trzydziestu latach, jak ówcześni autorowie zgodnie opisują, choroba ta jako ostre, złośliwe, ropne zapalenie spojówek występowała i z powodu zupełnej nieznajomości środków profilaktycznych i terapeutycznych, jak również z powodu złych stosunków zdrowotnych z nadzwyczajną gwałtownością się szerzyła.

Peringer dopatrywał się nawet związku przyczynowego między prawdziwą jaglicą a ostrem zapaleniem rzeżączkowem. Zapatrywanie to podzielali także Arlt i Stellwag, inni znowu jak Greeff, Axenfeld i Saemisch, uważają je za zupełnie odrębne, do siebie nie należące choroby, udowadniając to w ten sposób, że ostre zapalenie rzeżączkowe nigdy nie przechodzi w stan

przewlekły i nigdy nie pozostawia po sobie blizn tak bardzo dla jaglicy znamiennych.

Autor w sprawie tej zajmuje stanowisko pośrednie. Twierdzi bowiem, że ostre zapalenie rzeżączkowe spojówek często w chroniczne przechodzi i jako takie do zgrubienia, a nawet do zbliznowacenia błony śluzowej prowadzi. Nie uznaje on identyczności obu chorób, ani ich w związku przyczynowym do siebie nie stawia, ale twierdzi, że w pewnych okresach tak są do siebie podobne, że się klinicznie odróżnić nie dadzą. Dlatego też radzi, by lekarze rządowi ze względów praktycznych i profilaktycznych jednakowe do obu wspomnianych chorób stosowali przepisy, bo obie chroniczny i epidemicznie zakaźny charakter przyjmować zwykły.

Przechodząc do anatomii patologicznej sprawy jaglicowej, zestawia autor znane jej znamiona, jak rozlany, komórkowy, w głąb aż do gruczołów Meiboma drążący naciek błony śluzowej, powodujący zgrubienie spojówek; przerost ciałka brodawkowego z powodu zastoju żylnego i nacieczenia warstwy przybłonkowej komórkami okrągłymi, które z powodu gęstego i gromadnego ułożenia tworzą t. zw. follikuły czyli ziarna jaglicowe. Znalezionym w tychże komórkom olbrzymim przypisuje autor rolę fagocytów. Zwraca uwagę, że jakkolwiek t. zw. *granula* w przeważnej części wypadków jaglicy istnieją, to jednak nie są one bezwarunkowym objawem tejże choroby, bo w innych chorobach podobne ziarna występywać mogą, dlatego radzi, by wszystkie inne objawy kliniczne przy rozpoznawaniu *trachoma* pod ścisłą brano uwagę.

Powstanie blizn tłómaczy autor w ten sposób, że nacieki tkankowe i zawartość ziarn rozmiękają i ulegają wessaniu. poczem w ich miejscu tkanka łączna się tworzy. Ta sama sprawa odbywa się także w głębszych warstwach powieki, przez co powstaje tak często przy *trachoma* spostrzegane *entropium* i *trichiasis*.

Łuszczkę jaglicową nie uważa autor za swoisty przez tkankę trachomatyczną utworzony produkt, lecz powstanie jej tłómaczy w ten sposób, że przybrzeżne nacieki i wrzody rogówkowe wskutek przewlekłego i długotrwałego przebiegu zmian chorobowych na spojówce i spowodowanego przez to złego odżywienia rogówki przechodzą w łuszczkę. *Dr Sternbach.*

Nowe badania doświadczalne nad keratitis aspergillina (Nouvelles recherches sur les keratites aspergillaires expérimentales) R o l l e t i A u r a n d. —Revue générale d'Ophthalmologie. — Nr 12. R. 1905.

O ile zmiany patologiczne, wywołane w płucach, wskutek rozwoju grzybka z rodzaju *aspergillus* oddawna są znane dzięki klinicznym i doświadczalnym pracom M a y e r a, B e n e t t'a, V i r c h o w'a, S t i e d y później K o c h a, C h a n t m e s s e'a, W i d a l'a, a wreszcie R é n o n a, o tyle sprawą kropidlakowego zakażenia oka, a w szczególności rogówki zajęto się dopiero w ostatnich latach. Autorowie znaleźli w literaturze tylko 16 pewnych spostrzeżeń, w tej liczbie pierwsze spostrzeżenie ogłoszone w r. 1879 przez L e b e r'a i szereg następnych, które autorowie wymieniają w porządku chronologicznym: F u c h s (1894), U h t h o f f i A x e n f e l d (1896), S c h i r m e r (1896), U h t h o f f i A x e n f e l d (1897), W i c h e r k i e w i c z (1900), C o l l o m b (1900), M a r k o f f (1900), B a s s o (1900), G e n t i l i n i (3 przyp. 1900), M o o r e s, B a l l (1901), B u c h a n a n (1903), M a r t i n (1904). We wszystkich tych przypadkach sprawa chorobowa rozpoczęła się, od zranienia rogówki podczas zajęć rolniczych. Przebieg choroby bywał z reguły długi i ciężki, naciek, a raczej nalot grzybkowy nie prędzej ograniczał się zazwyczaj i odcinał rowkiem demarkacyjnym od pozostałej rogówki, jak po upływie miesiąca. Często przychodziło do nagromadzenia się ropy w przedniej komorze i do następowego zapalenia tęczówki, w kilku przypadkach doszło nawet do przebicia rogówki i do utraty oka. Ciężki i złośliwy przebieg zakażenia tłumaczą autorowie tem, że grzybek zagnieżdża się zwykle w środku, lub w pobliżu środka rogówki, a zatem w miejscu dla reparacyjnego unaczynienia najtrudniej dostępnem. Prawie we wszystkich przypadkach grzybek wywołujący zakażenie należał do odmiany *aspergillus fumigatus*.

Autorowie postanowili przeprowadzić szereg doświadczeń na królikach w celu zbadania chorobotwórczości wielu innych odmian kropidlaka. Wykonali trzy szeregi doświadczeń w pierwszym zakażali zarodnikami grzybka linijną, powierzchowną ranę rogówki królika. zadaną ostrym nożykiem w warunkach możliwie aseptycznych. W drugim szeregu doświadczeń po dokonanem zakażeniu takiejże samej rany zeszywali powieki na przeciąg 48 godzin, w trzecim dokonywali zakażenia rany, przebijającej rogówkę, wprowadzali więc temsamem zarodniki grzybka także do przedniej komory i taksamo zeszywali powieki. Zbadawszy w ten sposób wśród zresztą możliwie jednostajnych warunków jadowitość całego szeregu odmian kropidlaka, doszli autorowie do następujących wniosków:

Najbardziej chorobotwórczym dla rogówki królika jest *aspergillus fumigatus*, który wytwarza obraz kliniczny *mycosis corneae* najbardziej zbliżony do tego, jakie spostrzegamy u człowieka.

Prawie równą jadowitością odznacza się *aspergillus flavus*.

wytwarzający na rogówce królika żółte naloty. Trzecie miejsce zajmuje *aspergillus oryzae*, działający chorobotwórczo tylko w młodych hodowlach. *Aspesgillus niger*, *A. ficuum* i *A. Wentii* są w znacznie mniejszym stopniu szkodliwe. *Aspergillus glaucus*, *A. ostianus*, *A. minimus*, *A. clavatus*, *A. varians* i *A. novus* nie są dla królika chorobotwórczymi, ponieważ w doświadczeniach autorów nie zdołały się przyjąć na króliczej rogówce. *K. W. Majewski.*

Bezwład przemijający nerwu odwodzącego wskutek urazu. (Paralysie transitoire du moteur oculaire externe d' origine traumatique). Grand-Clément.

Pewien młody górnik w kopalni węgla padł ofiarą nieszczęśliwego wypadku. Doznał mianowicie zgniecenia głowy, która dostała się między dwa wózki naładowane węglem. Głowa została zgnieciona w kierunku skośnym od lewej skroni ku prawemu wyrostkowi sutkowemu. Robotnik przytomności nie stracił, ale dostał krwotoku z nosa i z ucha prawego. Zaraz też po wypadku zaczął widzieć podwójnie. Badanie w klinice okulistycznej prof. Rolleta, wykazało porażenie nerwu odwodzącego, prawego, czego następstwem była *diplopia horizontalis homonyma*. Oko prawe było nieco wysadzone, spojówka gałki krwawo podbiegła, a bystrość wzroku do $^2/_3$ obniżona przy braku wszelkich zmian wziernikowych. Równocześnie stwierdzono niedowład prawego nerwu twarzowego. Wszystkie te objawy z biegiem tygodni stopniowo ustępowały, a powtórne badanie podjęte w dwa miesiące po wypadku wykazało zaledwie ślad dwuwidzenia.

Autor zastanawia się nad mechanizmem powstania tych urazowych porażeń nerwowych. Krwotok z ucha i z nosa przemawiał za pęknięciem podstawy czaszki, a zajęcie nerwu odwodzącego i twarzowego za powstaniem szczeliny w kości skalistej. Przy pęknięciu kości skalistej w pobliżu jej dośrodkowego końca łatwo przyjść może do zupełnego przerwania nerwu odwodzącego, co jednak pociągnęłoby za sobą trwałe, a nie przemijające porażenie, Dlatego to, w przypadku swym, przypuszcza autor raczej ugniecenie nerwu przez krew wylaną z pękniętej zatoki skalistej. Ucisk takiego krwotoku jest tem znaczniejszy, że nerw przeciska się ponad grzbietem kości skalistej, leżąc między okostną a oponą twardą. W podobny też sposób tłumaczy autor przemijające porażenie nerwu twarzowego, przypuszczając krwotok z *art. stylo-mastoidea* do ciasnego kanału Fallopa. *K. W. Majewski.*

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Akademia nauk w Paryżu

Na posiedzeniu z dnia 11 września 1905 r. przedłożył Ullmann wyniki swych spostrzeżeń o związku między okrężnem drganiem powiek *(clignement vibratoire)*, a początkiem różnych chorób nerek. Drganie to dotyczy przeważnie powieki górnej, rzadziej dolnej i bywa zazwyczaj jednostronne. Trwa ono rozmaicie długo, od kilku minut do pół godziny i dłużej, a powtarza się w nieregularnych odstępach czasu. Zdaniem autora, który objaw ten od 10 lat we wielu przypadkach spostrzegał, drganie to powiek jest jednem z najwcześniejszych następstw samozatrucia przy niedomodze nerek, z jakiegokolwiek powodu powstałej i we wielu razach jest zwiastunem poważnego cierpienia nerek, o czem nas wkrótce przekonywa badanie moczu. W przypadkach przelotnego zadrażnienia nerek opisany objaw oczny znika w krótkim czasie po odpowiedniem uregulowaniu dyety i po usunięciu przyczyny, szkodliwie na nerki oddziaływającej. Bezpośredniej przyczyny drgania powiek w okresie początkowym chorób nerkowych szuka autor w zadrażnieniu włókien nerwów trójdzielnego i twarzowego. (Według Annales d'oculistique).

K. W. Majewski.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Doc. Dr Rudolf Schelske zmarł w Berlinie w 76 r. życia.

Dr Swan M. Burnett, prof. oftalmologii i okuotologii przy George town University School of Medicine.

Prof. Dr Kostenicz zmarł w Petersburgu. Był krótki czas prof. okulistyki w Warszawie.

Dr Struve, radca san., dyrektor zakł. leczniczego dla chorych ocznych zmarł w Gliwicach na Szląsku.